

Redaktion

H. Kentenich, Berlin
 W. Küpker, Baden-Baden
 P. Stute, Bern
 S. Tschudin, Basel
 W. Urdl, Graz

Leihmutterschaft

Die Leihmutterschaft ist heute in zahlreichen Ländern der Welt eine anerkannte Antwort auf einen anderweitig nicht erfüllbaren Kinderwunsch [1, 2, 3, 4]. Es handelt sich dabei um eine Methode zur Überwindung der ungewollten Kinderlosigkeit, von der angenommen wird, dass sie medizinische und psychologische Belastungen für die involvierten Parteien mit sich bringt, juristische und ethische Fragen aufwirft und auch Risiken in sich birgt; so z. B. die Gefahr der Kommerzialisierung. Der vorliegende Artikel soll einen Überblick über die Handhabung dieses Problems in Europa i. Allg. und den deutschsprachigen Ländern im Speziellen geben. Dabei sollen einerseits die rechtlichen Grundlagen erläutert und die ethischen Grenzen aufgezeigt und diskutiert werden. Andererseits soll anhand der wenigen zur Verfügung stehenden Studienresultate dargestellt werden, wie der heutige Wissensstand bezüglich der Auswirkungen für die durch eine Leihmutter ausgetragenen Kinder und deren Familien ist.

Definitionen

Eine Leihmutter ist eine Frau, die für ein anderes Paar, die künftigen oder auftraggebenden Eltern, eine Schwangerschaft austrägt und ein Kind gebiert. Folgende Formen der Leihmutterschaft sind zu unterscheiden [4, 5]:

- vollumfängliche Leihmutterschaft („full“ oder „gestational surrogacy“) ohne genetische Verwandtschaft der Leihmutter mit dem Kind, wobei die Gameten von beiden, von keinem oder nur von einem auftraggebenden Elternteil stammen können; die

Schwangerschaft wird jeweils durch einen Embryonentransfer erzeugt;

- teilweise Leihmutterschaft („partial“ oder „genetic surrogacy“) mit genetischer Verwandtschaft der Leihmutter mit dem Kind; die Schwangerschaft wird über eine Insemination erreicht.

Bei der Mehrzahl der Leihmütter handelt es sich um Frauen, die nicht mit den auftraggebenden Eltern verwandt sind; es gibt jedoch auch die intrafamiliäre Leihmutterschaft, entweder zwischen Schwestern oder transgenerationell von Mutter zu Tochter und umgekehrt [4, 18].

Rechtslage

In Deutschland verbietet das im Januar 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz (ESchG) jegliche ärztliche Leistung bei Leihmutterschaften, während die Leihmutter selbst oder die den Auftrag erteilenden Personen nicht bestraft werden [6]. Der 1997 neu eingefügte § 1591 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) regelt, dass die Mutter eines Kindes die Frau ist, die es geboren hat [7].

In der Schweiz wird die Leihmutterschaft im Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizinengesetz, FMedG) vom 18. Dezember 1998 reguliert. Art. 4 verbietet die Leihmutterschaft, Art. 31 legt fest, dass bestraft wird, wer medizinische Verfahren zum Zweck der Leihmutterschaft anwendet oder eine Leihmutterschaft vermittelt [8]. Die Leihmutter bleibt straffrei. Sie ist die rechtliche Mutter des Kindes. Auch in Österreich ist die Leihmutterschaft gemäß dem Fortpflanzungsmedizinengesetz von 1992 verboten [19].

» Die ungleiche rechtliche Handhabung leistet dem reproduktiven Reisen Vorschub

Innerhalb der Europäischen Union ist die Rechtslage von Land zu Land verschieden [9]. In Großbritannien sind Leihmutterschaften durch das Gesetz über menschliche Befruchtung und Embryologie seit 2008 erlaubt [2]. In Frankreich ist 2008 ein Gesetzentwurf zur Erlaubnis von Leihmutterschaften im Senat befürwortet worden. Erlaubt sind Leihmutterschaften auch in Belgien, Griechenland, Spanien und in den Niederlanden [9]. Außerhalb Europas sind sie z. B. in Israel und Australien gestattet, in Indien wiederum ist die kommerzielle Leihmutterschaft legal [10]. In Russland und in den meisten Staaten der USA sind Leihmutterschaften u. a. auch für homosexuelle Paare möglich und werden von diesen in Anspruch genommen [11]. Die ungleiche rechtliche Handhabung der Leihmutterschaft innerhalb Europas und weltweit leistet dem *reproduktiven Reisen* („cross-border reproductive care“) auch in diesem Kontext Vorschub. Allerdings sind je nach Herkunftsland der Leihmutter und der auftraggebenden Eltern die gesetzlichen Rahmenbedingungen betreffend die Aus- und Einreise der Kinder zu berücksichtigen [20].

Indikationen

Die 10. Stellungnahme der ESHRE Task Force on Ethics and Law unterscheidet zwischen folgenden Indikationsbereichen und Indikationen [4]:

- absolute Indikationen bei fehlendem oder vernarbtem Uterus (kongenital wie beim Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom, inoperabler Narbenuterus, Zustand nach Hysterektomie);
- medizinische Kontraindikationen für eine Schwangerschaft, die relativ sind und vom Ausmaß des mit einer Schwangerschaft verbundenen Risikos, von der Schwere der Grunderkrankung und von den Auswirkungen für das Kind (z. B. Herzfehler, Nierenfunktionsstörung, schwere Rhesussensibilisierung) abhängen.

Einen Konsens bezüglich anderer Indikationen gibt es nicht, wobei in gewissen Ländern die Leihmutterschaft auch aus sozialen Gründen erfolgen kann.

Bei den aufgeführten Indikationen stammen die Gameten in der Regel von den auftraggebenden Eltern. Stehen die Keimzellen eines oder beider Elternteile nicht zur Verfügung, muss auf eine Gameten- oder Embryospende ausgewichen werden. Bei der genetischen Leihmutterschaft stammt die Eizelle von der Leihmutter selbst.

Medizinische Aspekte

Eine Frau, die sich als Leihmutter zur Verfügung stellt, ist den üblichen Risiken ausgesetzt, die eine Schwangerschaft mit sich bringt [4]. Diese beinhalten Fehlgeburten, die ektope Schwangerschaft, Mehrlingsschwangerschaften und medizinische Komplikationen während der Schwangerschaft. Letztere steigen mit zunehmendem Alter der Leihmutter und bei Komplikationen in der Vorgeschichte.

Damit die Sicherheit aller involvierten Parteien gewährleistet werden kann, sollten bei der Leihmutterschaft die gleichen Voraussetzungen wie bei der Gametenspende erfüllt sein, u. a. auch ein Screening auf HIV, Hepatitis B und C. Zudem sollte generell nur ein Embryo transferiert werden, es sei denn, die Qualität der Embryonen ist nicht überzeugend, die Eizellspenderin ist >35 Jahre alt oder die Zahl der befruchteten Eizellen ist gering. Mit Hilfe geeigneter Testverfahren sollte überprüft werden, ob die Leihmutter in medizinischer wie psychologischer Hinsicht fit

für eine Schwangerschaft ist. In der Regel sollte sich eine Frau nur einmalig als Leihmutter zur Verfügung stellen, davon ausgenommen sind Situationen, in denen es sich um dieselben auftraggebenden Eltern handelt.

» In der Regel sollte sich eine Frau nur einmalig als Leihmutter zur Verfügung stellen

Die Erfolgsrate der reproduktionsmedizinischen Maßnahmen entspricht derjenigen, die für vergleichbare Maßnahmen außerhalb des Kontexts der Leihmutterschaft angegeben werden.

Was pränatale Untersuchungen, die Schwangerenvorsorge und den Geburtsmodus anbelangt, so empfiehlt es sich, im Vorfeld richtungsweisende Vereinbarungen zu treffen. Mit der freiwilligen Einwilligung in eine Schwangerschaft verpflichtet sich die Leihmutter prinzipiell, sich den Umständen entsprechend zu verhalten und den für Schwangere üblichen geburtshilflichen Empfehlungen nachzukommen. Unter Berücksichtigung des Respekts vor der Autonomie und körperlichen Integrität kann eine Leihmutter aber – gerade auch was einen etwaigen Schwangerschaftsabbruch anbelangt – weder davon abgehalten noch dazu gezwungen werden.

Ethische Überlegungen

Die ESHRE Task Force on Ethics and Law erachtet die Leihmutterschaft dann als akzeptabel, wenn es sich um einen altruistischen Akt einer Frau handelt, die dadurch einem Paar, für das es nicht möglich oder aus medizinischen Gründen kontraindiziert ist, selbst eine Schwangerschaft auszutragen, zu einem Kind verhilft. Sie kommt zu dem Schluss, dass die bestehenden moralischen Einwände gegenüber dieser Maßnahme sowie die damit verbundenen Risiken und Komplikationen nicht so schwerwiegend sind, dass sie ein gänzlich Verbot rechtfertigen würden. Gleichwohl weist die ESHRE Task Force einerseits auf die Problematik der intrafamiliären Leihmutterschaft hin und hebt andererseits Aspekte hervor, die aus

ethischer Perspektive spezieller Beachtung bedürfen [4, 18].

Bezahlung

Die Bezahlung einer Leihmutter über die Vergütung der durch die Schwangerschaft entstandenen Kosten und Mühen hinaus ist problematisch, weil sie einem Angriff auf die Menschenwürde, einer Instrumentalisierung des menschlichen Körpers und einer Ausbeutung und Unterdrückung von dafür vulnerablen Frauen Vorschub leisten könnte. Diese potenziellen Gefahren sprechen für die Leihmutterschaft auf ausschließlich altruistischer Basis.

Autonomie

Mit der Vereinbarung einer Leihmutterschaft nehmen beide involvierten Parteien – die Leihmutter selbst, aber auch die auftraggebenden Eltern – freiwillig eine gewisse Einschränkung ihrer Autonomie in Kauf. Beide gehen bindende Verpflichtungen ein, so auch im Zusammenhang mit etwaigen pränatalen Untersuchungen und den daraus resultierenden Konsequenzen, z. B. einem Schwangerschaftsabbruch bei Nachweis schwerwiegender fetaler Fehlbildungen. Darüber hinaus gilt es zu berücksichtigen, dass auch der Partner und die Kinder der Leihmutter mitbetroffen sind.

Die Haltung der ESHRE Task Force steht im Kontrast zu der deutschen, österreichischen und schweizerischen Gesetzgebung, die eine Leihmutterschaft klar verbietet. Dies hat Implikationen für die in diesen und allen anderen europäischen Ländern mit ähnlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen tätigen Reproduktionsmediziner. Ist der Rahmen zwar in jedem Land mehr oder weniger klar abgesteckt, so muss jeder Arzt gleichwohl die eigene Haltung selbst klären und definieren. Auswirken wird sich dies wiederum auf die Haltung gegenüber Paaren, die nur durch eine Leihmutterschaft zu einem eigenen Kind kommen können, und damit auch darauf, wie der Arzt diese beraten wird.

Psychologische Dimension

Die Leihmutterschaft kann psychosoziale Auswirkungen für alle beteiligten Parteien haben, d. h. für die Leihmutter selbst sowie deren Familie, für die auftraggebenden Eltern und für deren zukünftiges Kind. Studienresultate stehen nur in sehr begrenztem Maße zur Verfügung und stammen v. a. von Forschergruppen aus Großbritannien.

Van den Akker et al. [5] haben Leihmütter und auftraggebende Mütter in Bezug auf Persönlichkeitsmerkmale, die soziale Unterstützung sowie die Haltung gegenüber der Schwangerschaft und dem Kind verglichen. Messungen unter Anwendung des Spielberger State and Trait Anxiety Inventory (STAI) ergaben, dass Leihmütter, bei denen eine genetische Verwandtschaft zum Kind bestand, und die auftraggebenden Mütter während der Schwangerschaft signifikant ängstlicher waren. Zudem waren die Gefühle gegenüber dem Kind bei den auftraggebenden Müttern positiver. Die soziale, familiäre und partnerschaftliche Unterstützung wurde bei den Leihmüttern während und nach der Schwangerschaft durchweg schlechter eingestuft.

Golombok et al. untersuchten einerseits 42 auftraggebende Elternpaare und 44 Leihmütter, andererseits verglichen sie in einer Longitudinalstudie Familien, die durch Leihmutterschaften zustande gekommen waren, mit Familien nach Eizellspende und nach Spontankonzeption. Es überrascht nicht, dass die auftraggebenden Eltern ihre Erfahrung als positiv einstufen [12]. Die befragten Leihmütter gaben als Motivation in erster Linie den Wunsch an, einem kinderlosen Paar zu helfen. Etwa ein Drittel der Leihmütter hatte leichte bis mäßige Schwierigkeiten bei der Übergabe des Kindes, die im Laufe eines Jahrs bei den meisten abklangen. Dieser Anteil war signifikant höher, wenn es sich bei den Leihmüttern um Frauen handelte, die den auftraggebenden Eltern schon vorher bekannt gewesen waren. Knapp 10% der Leihmütter suchten während und/oder nach der Schwangerschaft wegen psychischer Probleme den Hausarzt oder eine Psychologin auf [13]. Dies weist darauf hin, dass eine Leihmutterschaft sehr wohl Spu-

ren hinterlässt. Es ist davon auszugehen, dass sich auch in diesem Kontext zumindest ansatzweise eine Mutter-Kind-Bindung etabliert. In Bezug auf die publizierten Resultate der Longitudinalstudie erstreckt sich der Beobachtungszeitraum mittlerweile bis zu einem Kindesalter von 7 Jahren [14, 15, 16, 17]. Die Autoren fanden keine Hinweise, dass sich die Leihmutterschaft oder der fehlende genetische Bezug negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung oder auf das psychische Wohlergehen der Mütter, Väter und Kinder auswirkt hätte. Nach 1, 2 und 3 Jahren war die mütterliche Zugewandtheit in den Familien, die aus einer Leihmutterschaft resultierten, gar höher, wobei sich z. T. auch ein emotionales Überengagement der Mütter zeigte. Nach 7 Jahren war dieser Unterschied nicht mehr nachweisbar. Es zeigte sich zwar keine vermehrte Neigung zu Konflikten und negativen Gefühlen, der zu diesem Zeitpunkt erstmals gemessene Austausch zwischen Mutter und Kind erwies sich aber nach Leihmutterschaft und Eizellspende als signifikant niedriger. Dies legt den Schluss nahe, dass eine Assoziation zwischen der fehlenden biologischen Verwandtschaft und einer weniger positiven Mutter-Kind-Interaktion vorhanden sein könnte. Auch wenn sich somit bis zu den frühen Schuljahren mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede in der Entwicklung der Kinder und ihrer Familien zeigten, so weist die letztgenannte Beobachtung doch darauf hin, dass für schlüssige Aussagen weitere Studienresultate erforderlich sind.

Beratung und Betreuung bei Wunsch nach Leihmutterschaft

Die dargelegten ethischen Überlegungen und psychosozialen Implikationen machen deutlich, dass eine Leihmutterschaft einer intensiven psychologischen Betreuung aller involvierten Parteien und einer begleitenden Evaluation bedarf. Doch wird ein solcher Standard bei allen vorhandenen Angeboten angestrebt und gewährleistet? Dies ist insbesondere dann fraglich, wenn von Angeboten im Ausland Gebrauch gemacht wird. Allein an Sprachbarrieren kann eine suffiziente Beratung bereits scheitern. Für Einwohner Deutschlands, der Schweiz und der üb-

rigen europäischen Länder, in denen die Leihmutterschaft verboten ist, stehen aber nur Angebote im Ausland zur Verfügung. Seitens der Reproduktionsmediziner in diesen Ländern stellt sich also die Frage, wie die Paare bestmöglich beraten werden können – eine Herausforderung, die auch in präventiver Hinsicht zu sehen ist, denn die Paare kommen spätestens nach der erfolgreich verlaufenen Schwangerschaft in ihr Heimatland zurück und werden dann allenfalls mit den unvorhergesehenen rechtlichen und psychologischen Konsequenzen ihres Handelns konfrontiert.

Fazit

Die Leihmutterschaft ist heute in zahlreichen Ländern der Welt eine anerkannte Antwort auf einen anderweitig nicht erfüllbaren Kinderwunsch; in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist sie dagegen verboten. Die wenigen bis jetzt vorhandenen Studienresultate geben keine Hinweise darauf, dass sich eine Leihmutterschaft – eine sorgfältige Beratung und Begleitung vorausgesetzt – auf nachhaltige Weise nachteilig für die beteiligten Parteien, insbesondere auch für die Leihmutter und das Kind, auswirkt. In der von Land zu Land unterschiedlichen Rechtsprechung spiegelt sich die zugrunde liegende gesellschaftliche Haltung wider, die u. a. auch maßgebend dafür ist, wie mit einem Phänomen umgegangen wird. Diese Tatsache muss bei der Beratung von Paaren, die eine Leihmutterschaft in Betracht ziehen, sicherlich berücksichtigt werden. Gleichzeitig scheint es auch unabdingbar, die Aktualität der gesetzlichen Grundlagen zu überprüfen und zu hinterfragen, um den Entwicklungen und einer allenfalls veränderten Einstellung in der jeweiligen Gesellschaft gerecht zu werden. Für die Vermeidung problematischer Verläufe scheint es entscheidend zu sein, betroffenen Paaren offen zu begegnen und ihnen Beratung und Unterstützung anzubieten.

Korrespondenzadresse

Dr. S. Tschudin

Frauenklinik, Universitätsspital Basel
Spitalstr. 21, 4031 Basel
Schweiz
tschudin@uhbs.ch

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihren Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Department of Health (2006) Review of the Human Fertilisation and Embryology Act
2. (o A) (2008) Human Fertilisation and Embryology Act (HFEA)
3. Sharma BR (2006) Forensic considerations of surrogacy – an overview. *J Clin Forensic Med* 13:80–85
4. Shenfield F et al (2005) ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. *Hum Reprod* 20:2705–2707
5. Akker OB van den (2007) Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Hum Reprod* 22:2287–2295
6. (o A) (1991) Embryonenschutzgesetz (ESchG)
7. (o A) (1896) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
8. (o A) (1998) Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)
9. Max-Planck-Institut (2010) Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht (Archivversion). http://web.archive.org/web/20101010104254/http://www.cueno.de/medr/show_all.asp
10. Wikipedia. Leihmutterchaft. http://de.wikipedia.org/wiki/Leihmutter#cite_note-iuscrim-1
11. Svitnev K (2010) Legal regulation of assisted reproduction treatment in Russia. *Reprod Biomed Online* 20:892–894
12. MacCallum F et al (2003) Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Hum Reprod* 18:1334–1342
13. Jadva V et al (2003) Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod* 18:2196–2204
14. Golombok S et al (2006) Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatry* 47:213–222
15. Golombok S et al (2006) Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod* 21:1918–1924
16. Golombok S et al (2004) Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year of life. *Dev Psychol* 40:400–411
17. Golombok S et al (2011) Families created through surrogacy: mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Dev Psychol* 47:1579–1588
18. ESHRE Task Force on Ethics and Law, de Wert G et al (2011) Intrafamilial medically assisted reproduction. *Hum Reprod* 26:504–509
19. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046>
20. <http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Infoservice/FAQ/GeburtAusland/06-Leihmutterchaft.html?nn=383016>

Deutscher Ethikrat: Intersexuelle Menschen anerkennen, unterstützen und vor gesellschaftlicher Diskriminierung schützen

Im Mittelpunkt der Diskussionen stand immer wieder die Frage, ob chirurgische Eingriffe an den Geschlechtsorganen von Menschen mit Besonderheiten der geschlechtlichen Entwicklung (DSD – differences of sex development) und insbesondere bei betroffenen Kleinkindern überhaupt zulässig sein sollten.

Irreversible medizinische Maßnahmen zur Geschlechtszuordnung bei Menschen mit uneindeutigem Geschlecht stellen einen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit, Wahrung der geschlechtlichen und sexuellen Identität und das Recht auf eine offene Zukunft und oft auch in das Recht auf Fortpflanzungsfreiheit dar. Die Entscheidung darüber ist höchstpersönlich. Daher empfiehlt der Ethikrat, dass sie grundsätzlich von den Betroffenen selbst getroffen werden sollte. Bei noch nicht selbst entscheidungsfähigen Betroffenen sollten solche Maßnahmen nur erfolgen, wenn dies nach umfassender Abwägung aller Vor- und Nachteile des Eingriffs und seiner langfristigen Folgen aufgrund unabwiesbarer Gründe des Kindeswohls erforderlich ist. Dies ist jedenfalls der Fall, wenn die Maßnahme der Abwendung einer konkreten schwerwiegenden Gefahr für die physische Gesundheit oder das Leben der Betroffenen dient.

Wenn, wie im Falle des Adrenogenitalen Syndroms (AGS), das Geschlecht festgestellt werden kann, sollte bei noch nicht selbst entscheidungsfähigen Betroffenen die Entscheidung über die operative Angleichung der Genitalien an das Geschlecht nur nach umfassender Abwägung der medizinischen, psychologischen und psychosozialen Vor- und Nachteile einer frühen Operation erfolgen. Maßgeblich ist auch hier das Kindeswohl. Im Zweifel sollte auch bei solchen geschlechtsvereindeutigen Eingriffen die Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen abgewartet werden.

Die medizinische Diagnostik und Behandlung von DSD-Betroffenen sollte nur in einem speziell dafür qualifizierten interdisziplinär zusammengesetzten Kompetenzzentrum

von Ärzten und Experten aus allen beteiligten Disziplinen vorgenommen werden. Die fortlaufende medizinische Betreuung soll in unabhängigen qualifizierten Betreuungsstellen bei gleichzeitiger Beratung durch andere Betroffene sowie Selbsthilfeeinrichtungen fortgeführt werden. Alle Behandlungsmaßnahmen sollten umfassend dokumentiert werden und den Betroffenen für mindestens 40 Jahre zugänglich sein. Die Regelungen zur Verjährung bei Straftaten an einem Kind sollten auf solche Straftaten erweitert werden, durch die die Fortpflanzungsfähigkeit und/oder die sexuelle Empfindungsfähigkeit irreversibel beeinträchtigt wurde.

Für Betroffene, die Schmerzen, persönliches Leid, Erschwernisse und dauerhafte Einschränkungen ihrer Lebensqualität erlitten haben, weil sie Behandlungen unterzogen wurden, die nach heutigen Erkenntnissen nicht (mehr) dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zugerechnet werden können und auf ausgrenzenden gesellschaftlichen Vorstellungen von geschlechtlicher Normalität beruhten, sollte ein Fonds errichtet werden, der ihnen Anerkennung und Hilfe zukommen lässt. Darüber hinaus sollten Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbände öffentlich finanziell gefördert werden.

In seiner Stellungnahme differenziert der Ethikrat zudem zwischen „geschlechtsvereindeutigenden“ und „geschlechtszuordnenden“ Eingriffen, die unterschiedlich zu bewerten sind. Mit einem vereindeutigenden Eingriff ist die Korrektur einer biochemisch-hormonellen Fehlfunktion, die potenziell einen gesundheitsschädigenden Charakter hat, gemeint. Gegebenenfalls kann auch ein operativer Eingriff zur Angleichung des äußeren Erscheinungsbildes an das genetisch und durch die inneren Geschlechtsorgane feststehende Geschlecht gemeint sein. Demgegenüber greifen geschlechtszuordnende Interventionen sehr viel weiter in die Persönlichkeit des Kindes ein, da bei vorliegender Unbestimmbarkeit von Eltern und Ärzten entschieden wird, zu welchem Geschlecht die Zuordnung erfolgen soll.^{dx}

Die **vollständige** Stellungnahme ist abrufbar unter www.ethikrat.org.

Ulrike Florian (Berlin)